UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE N° 98

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Lithiase de la Glande Sous-Maxillaire

ET DU CANAL DE WHARTON

(UNE OBSERVATION)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juillet 1922

PAR

Jacques-Gilbert MÉTADIER

Né à Limoges, le 26 janvier 1893

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE SPÉCIALE MILITAIRE DE SAINT-CYR

PHARMACIEN

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur. *Assesseurs*
ETIENNE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LITHIASE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

ET DU CANAL DE WHARTON

(UNE OBSERVATION)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0105

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE N° 98

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Lithiase de la Glande Sous-Maxillaire

ET DU CANAL DE WHARTON

(UNE OBSERVATION)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juillet 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Jacques-Gilbert MÉTADIER

Né à Limoges, le 26 janvier 1893

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE SPÉCIALE MILITAIRE DE SAINT-CYR
PHARMACIEN

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, professeur, *Président.*
ESTOR, professeur.
ETIENNE, agrégé. } *Assesseurs*
LAPEYRE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
		FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES
Clinique des maladies des enfants		LEENHARDT.
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. TÉDENAT, professeur, *président.*	MM. ETIENNE, agrégé.
ESTOR, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

J. METADIER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Lithiase de la Glande Sous-Maxillaire

ET DU CANAL DE WHARTON

(UNE OBSERVATION)

INTRODUCTION

La lithiase salivaire ne constitue pas une affection rare, et les études qui en ont été faites sont déjà nombreuses, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue anatomo-clinique. Les calculs salivaires étaient connus d'Ambroise Paré, qui en rapporte deux observations, dites de « pierres sous la langue ». « Un malade, dit-il, avait une grande apostème sous la langue. Il me pria, à jointes mains, de la lui ouvrir, s'il se pouvait faire sans péril de sa personne, ce que je fis promptement, et trouvai sous ma lancette un corps solide qui estait cinq pierres semblables à celles qu'on tire de la vessie ».

Les travaux de Galippe, en 1886, ont ouvert une voie féconde en résultats intéressants, en montrant l'origine microbienne des calculs salivaires. La thèse de de Closma-

deuc constitue une étude des plus complètes sur la question. Plus récemment, Joussaume a donné une étude sur les calculs salivaires du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire. Schœfer Charles, dans sa thèse inaugurale de 1904, a étudié particulièrement l'anatomie pathologique de la lithiase de la glande sous-maxillaire et, en 1918, Giboulot Marguerite a, de son côté, apporté une contribution importante à l'étude des lésions dans la lithiase sous-maxillaire. Les recherches des dix dernières années se sont orientées surtout vers l'étude du diagnostic radiographique des calculs.

Ayant eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Tédenat, un cas absolument typique de lithiase salivaire de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton, il nous a paru intéressant de rapporter cette observation et d'étudier avec quelques détails la lithiase de la glande sous-maxillaire.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La lithiase salivaire, c'est-à-dire le développement de calculs dans les glandes salivaires ou leurs canaux excréteurs, est une affection assez fréquente. On peut trouver des calculs dans toutes les glandes ou glandules salivaires, mais la glande sous-maxillaire et le canal de Wharton constituent les points où on les rencontre le plus souvent (dix fois plus que dans la parotide, d'après les statistiques de de Closmadeuc).

L'affection est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Les trois quarts des cas se rencontrent dans le sexe masculin. Ce fait a été attribué à l'abus du tabac et aux défauts des soins de propreté de la bouche, qui seraient plus communs chez l'homme que chez la femme.

L'âge aurait aussi une certaine importance. L'affection lithiasique ne s'observe ni avant vingt ans, ni après soixante, affirme De Closmadeuc. Mais cette règle souffre cependant des exceptions, et il est des cas rares de lithiase salivaire survenus chez des enfants, même très jeunes, témoin l'observation de Burdel, concernant un nourrisson âgé de trois semaines.

Faut-il invoquer des conditions prédisposantes d'ordre général pour expliquer la formation des calculs salivaires? L'arthritisme reprend ici ses droits dans le chapitre

de l'étiologie, mais sans qu'aucune preuve soit apportée de son rôle prédominant.

Les conditions d'ordre local paraissent beaucoup plus importantes, et leur étude a donné naissance à de nombreuses théories pathogéniques.

1° Théorie mécanique (Wright et de Closmadeuc). — Pour Wright, la stase salivaire provoquée par une compression de voisinage est suffisante pour donner naissance à des calculs dans la glande sous-maxillaire ou le canal de Wharton, selon le point où s'effectue la compression : celle-ci est toujours extrinsèque.

Pour de Closmadeuc, il faut faire intervenir non pas cette compression extrinsèque, mais la stase salivaire par retrécissement inflammatoire du canal excréteur. En réalité, de Closmadeuc semble avoir vu la coïncidence nécessaire de la lithiase et de l'inflammation salivaire, mais il n'a pas su l'interpréter.

L'expérimentation infirme d'ailleurs cette théorie purement mécanique : la ligature des canaux salivaires ne produit jamais de calculs dans la glande ou le canal correspondant.

2° Théorie de Richet. — Il est fréquent de trouver au centre du calcul un corps étranger. Richet, généralisant ce fait, admet que tout calcul salivaire se développe autour d'un corps étranger, qui lui sert en quelque sorte de support, de noyau. On a incriminé le plus souvent un fragment de tartre dentaire qui aurait pénétré dans le canal de Wharton.

Cette théorie, trop exclusive, peut répondre à quelques cas.

3° Théorie chimique (Charles Robin). — Par suite de modifications chimiques, la salive laisserait précipiter ses éléments minéraux, comme l'urine laisse précipiter son acide urique lorsqu'elle est hyperacide ou trop concentrée. Mais on ne saurait assimiler les deux processus, puisqu'il est prouvé que la production des pierres uriques ou uratiques est en réalité beaucoup plus complexe et qu'il faut faire intervenir l'acide urique formé par synthèse, privé d'acide thyminique, d'où absence de solubilisation.

La théorie chimique de Robin est insuffisante.

Mareaux pense qu'il y a augmentation des éléments minéraux de la salive. Mais il faut alors expliquer pourquoi ces éléments se précipitent. C'est ce que va nous dire la théorie la plus généralement admise aujourd'hui : la théorie de l'origine microbienne de la lithiase salivaire ou théorie de Galippe.

4° Théorie de Galippe. — La lithiase salivaire, comme toutes les lithiases organiques, est due à une infection. Tel est le fait établi par Galippe. Pour lui, tous les calculs reconnaissent une origine parasitaire. « Il se peut, dit-il, qu'il y ait des calculs se formant en dehors de toute intervention parasitaire, mais je ne les connais point et la démonstration de ce mécanisme n'a pas été faite. Les calculs sont fonction microbienne. »

Les micro-organismes que l'on rencontre sont des plus variés et proviennent du milieu buccal. Ils déterminent des altérations inflammatoires de la glande ou de son canal excréteur; ils favorisent la précipitation des sels de la salive en modifiant la composition du liquide de sécrétion de la glande. Ainsi agissent le streptothrix de la

bouche trouvé par Klebs, ou le streptocoque trouvé par Voisin au centre des calculs.

Grâce à ce rôle des microbes, on conçoit désormais que les corps étrangers agissent non pas tant comme corps étrangers purement mécaniques, mais comme vecteurs de l'infection par les microbes qu'ils supportent. On comprend aussi les lésions inflammatoires de la glande salivaire ou du canal atteint de lithiase, lésions aboutissant si fréquemment à l'abcès, à la sous-maxillite dans les cas de lithiase sous-maxillaire.

Bref, comme souvent en matière de théorie pathogénique, on peut dire ici qu'aucune théorie ne saurait être exclusive, mais qu'au contraire elles se complètent les unes les autres, chacune contenant une part de vérité. Il est exact que des modifications chimiques favorisent la production des calculs; il est exact aussi que les corps étrangers constituent une cause favorisante, mais l'infection domine le processus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude de l'anatomie pathologique de la lithiase sous-maxillaire comprend :

1° L'étude des calculs ;

2° L'étude des lésions consécutives à l'existence de ces calculs dans la glande ou le canal excréteur.

I. — Etude des calculs

Siège. — Les calculs siègent plus fréquemment dans le canal de Wharton que dans la glande sous-maxillaire. Les statistiques sont à ce sujet démonstratives. Graille, en 1896, niait même la lithiase glandulaire. Sur 26 cas rapportés par Czigan, 22 concernent des calculs du canal de Wharton, 4 des calculs de la glande sous-maxillaire. Hantzel donne 11 cas de calculs glandulaires, 18 cas de calculs du canal excréteur. Dans certains cas, on trouve des calculs glandulaires et des calculs dans le canal de Wharton, et il peut se faire que les seconds ne soient que des calculs glandulaires expulsés avec la salive, mais arrêtés en chemin par les dimensions trop exiguës du conduit. Dès lors, on peut les trouver un un point quelconque du canal de Wharton, depuis l'ostium ombilicale, où ils apparaissent

et où ils peuvent être sentis par un stylet fin, jusqu'aux parties les plus reculées où ils se mettent au contact du tissu glandulaire. « Après ulcération des parois du canal, ils peuvent se fixer dans le tissu péricanaliculaire (Duplay), ce sont des calculs « sus-canaliculaires » (Schœffer).

Mobilité. — En l'absence de tout phénomène inflammatoire, ce qui est rare, mais existe, le ou les calculs peuvent être libres, mobiles et le doigt promené sur le plancher buccal les déplace dans le canal de Wharton. Mais, au contraire, et le plus souvent, les calculs sont fixés, bridés par la réaction inflammatoire du milieu dans lequel ils se développent, enserrés dans le canal de Wharton qui paraît se contracter sur eux.

Nombre. — La multiplicité est la règle et le nombre des calculs plus élevé dans la glande que dans le canal. Mouval signale quatre calculs dans le canal de Wharton, Manget 7; Lallemand en a trouvé jusqu'à douze dans la glande.

Volume. — Il est excessivement variable. Voici quelques chiffres rapportés par Schœffer:

Toutes les variétés s'observent, « depuis les petites granulations à peine visibles à l'œil nu, jusqu'à ce calcul énorme, ignoré du reste avant la coupe de la glande, considérée comme atteinte de dégénérescence cancéreuse par le chirurgien anglais Arcy Power, et qui pesait 44 grammes. Chez le cheval, on a observé un calcul de la parotide de plus de 500 grammes. Borelli a vu un calcul du volume d'une noix. Forget, 3 gr. 95; Schmit, 2 gr. 75; Fleury, de Clermont, 3 gr. 50; Husband, 4 gr. 75; Bassow, de Moscou, 18 gr. 60; Richet, 10 gr. 33; Rostock, 9 gr. 7!

Sirus Pirondi, 8 grammes; Hue, 5 gr. 50; Padieu, 7 gr. 75. En général, le poids varie de 1 gr. 50 à 2 grammes. » La pierre avait la grosseur d'un grain de chènevis dans l'observation II de Mlle Giboulot. Dans notre cas, les deux calculs ne pesaient guère plus de 1 gramme.

Consistance. — Elle est variable et dépend évidemment de la constitution chimique du calcul. Parfois friables, les calculs se laissent rayer, écraser, réduire facilement en une fine poussière. Ailleurs, ils sont, au contraire, très durs, trés résistants et leur expulsion par les voies naturelles n'en est que plus difficile.

Couleur. — Grisâtre ou blanc mat. Maisonneuve en a vu un qui avait une couleur rouge brique.

Forme. — Elle dépend du point où séjourne le calcul et de l'unicité ou la multiplicité des pierres. Quand le calcul est unique et peut se développer assez librement, il est sphérique ou ovalaire. Dans le canal, il sera obligé de s'accommoder et prendre une disposition fusiforme, plus ou moins allongée.

Dans notre cas, les calculs étaient franchement cubiques et réguliers.

« En général, leur surface n'est pas régulière; ils sont granuleux, dans certains cas, ramifiés, coralliformes; souvent ils présentent une gouttière longitudinale, une rigole, qui peut être disposée en hélice, quelquefois deux. » Desprès.) Guilloteau a figuré dans sa thèse un calcul curieux creusé d'un véritable tunnel. Sirus Pirondi signale également un calcul à canal couvert. Ces

aspérités, ces canaux empêchent l'oblitération complète du canal et la salive peut continuer à s'écouler, quoique beaucoup plus lentement. Le passage ascendant des microbes reste aussi possible. (Schœffer.)

Structure du calcul. — La section des calculs les montre constitués par un noyau central entouré d'une écorce formée de couches stratifiées.

Le noyau est de nature variable : corps étranger quelconque. Séguignol a rapporté une observation où le noyau était formé par un éclat de bois; dans le cas de Délery, il s'agissait d'une arête de poisson. Ailleurs, le noyau est formé de matières organiques.

« Autour d'un noyau organique formé, soit par des microorganismes, soit par une cellule épithéliale envahie par les microbes, il se forme une sphérule par le dépôt de sels terreux revêtant l'aspect cristallin. Puis, à côté de cette sphérule primitive, se constitue une seconde sphérule, et ainsi de suite. De telle sorte que l'on trouve des calculs constitués par trois ou quatre sphérules, et d'autres qui en contiennent plusieurs centaines; ces sphérules paraissent adhérer l'une à l'autre par une substance organique granuleuse (mucus?) constituant un lacis serré et renfermant des microbes. » (Galippe).

Les couches stratifiées sont blanches ou jaunes.

Bactériologie des calculs. — Pour Galippe, les corps étrangers agissent en tant que parasitifères, de sorte que la lithiase est toujours d'origine infectieuse. Des bactéries ont été trouvées par Waldeyer, Maas, Klebs. D'autres auteurs ont signalé des cocci, des streptocoques, des leptothrix, etc.

Schœffer rapporte une observation du docteur Alexan-

dre dans laquelle on a pu obtenir une culture pure de leptothrix, si abondant dans la cavité bucale.

Composition chimique. — On rencontre dans les calculs salivaires tous les éléments de la salive : carbonate de chaux, phosphate de chaux, matières organiques, magnésie, chlorure de sodium. D'après les études de Mlle Giboulot, les calculs sont chimiquement caractérisés par des sels phosphatiques calcaires, plus rarement uratiques calcaires. Leur constitution semble commandée par l'état humoral de l'individu. « C'est, dit Galippe, une question de proportions dans la quantité relative des matières organiques, des phosphates et du carbonate de chaux. »

II. — Etude des lésions consécutives à l'existence des calculs dans la glande ou le canal excréteur

a) *Lésions de la glande.* — La glande augmente de volume et, sous l'influence de l'infection, devient adhérente aux tissus environnants. Notion intéressante à retenir, car elle explique la difficulté à laquelle se heurte l'opérateur lors de l'extirpation nécessaire dans certains cas, comme le nôtre. « Il s'agit, non seulement de la distension des cavités canaliculo-glandulaires, comme dans la cirrhose biliaire calculeuse, par la rétention salivaire, mais de la formation d'un tissu inflammatoire. » (Schœffer.) Bientôt la sclérose remplace cette inflammation diffuse. La glande devient dure.

Les examens histologiques révèlent la dilatation des conduits excréteurs, l'envahissement systématique de la

glande par le tissu scléreux et la disparition des éléments nobles étouffés par le tissu néoformé. Les lésions ont une dispositon péricanaliculaire.

Les résultats rapportés par Mlle Giboulot concordent avec les précédents. « Les lésions varient depuis la simple altération de la cellule acineuse jusqu'à la sclérose où à la suppuration de la glande, suivant la durée, le degré plus ou moins marqué de l'obturation calculeuse, et l'intensité du processus infectieux qui peut le compliquer. »

Ces lésions sont consécutives à une infection ascendante, qui déclanche une desquamation épithéliale, qui provoquera à son tour la formation des calculs. Ceux-ci favorisent la transformation fibreuse du tissu interstitiel de la glande. Il s'agit d'une lésion épithéliale primitive avec cirrhose secondaire, étouffant les éléments glandulaires.

b) *Lésions du canal excréteur.* — Le calibre du canal est augmenté en arrière du calcul. Sa paroi est hypertrophiée et, sous l'influence de l'inflamation, devient dure et résistante, avec adhérences aux tissus voisins par périwhartonite. La distension progressive et surtout les lésions inflammatoires peuvent produire des ulcérations et des fistules de siège variable et plus ou moins nombreuses.

SYMPTOMATOLOGIE

De même qu'un calcul du rein peut rester pendant longtemps silencieux, latent, et ne révéler sa présence que par les accidents auxquels il donne lieu, de même le calcul salivaire, logé dans la glande, lorsqu'il est de petit volume, peut passer absolument inaperçu, ou ne donner lieu qu'à des troubles si insignifiants qu'ils ne sauraient être rapportés à leur véritable cause.

Les faibles dimensions de la glande sous-maxillaire; sa constitution anatomique expliquent que de pareilles conditions sont rares et en tous cas éphémères. Dès que le calcul va avoir acquis un volume suffisant, il va donner naissance à des signes fonctionnels et physiques généralement assez typiques.

Au début, le malade accuse une gêne marquée au niveau du plancher buccal. La prononciation devient défectueuse pour certains mots, et la déglutition est difficile. Des douleurs ne tardent pas à apparaître. D'abord, simple picotement passager et localisé, c'est ensuite une douleur plus vive qui s'irradie dans les différentes régions de la face, dans les dents, dans la langue, dans les lèvres, suivant les différentes branches du trijumeau qui forme des plexus serrés et abondants.

Le signe vraiment caractéristique de l'affection est représenté par une crise spéciale qui, par analogie avec la crise néphrétique a été dénommée *colique salivaire*.

« Au moment d'un repas le malade est pris de vives douleurs dans la langue et le plancher de la bouche. En même temps survient un gonflement rapide et parfois considérable de la région sus-hyoïdienne, en même temps qu'un soulèvement de la muqueuse sublinguale. Les douleurs se calment bientôt et leur cessation coïncide souvent avec l'expulsion d'un jet de salive par l'ostium ombilical; le gonflement diminue peu à peu, mais met quelquefois plusieurs heures à disparaître » (Morestin).

Il s'agit en somme d'une véritable crise de rétention salivaire.

Durant une période variable, le calcul se manifeste par ces simples accidents mécaniques, à symptomatologie douloureuse, sans signes physiques importants à noter, pour éclairer le diagnostic. Les crises se reproduisent à intervalles variables et peuvent être très fréquentes, donnant naissance à des accidents d'ordre infectieux, à une sous-maxillite.

Complications infectieuses.— *Sous-maxillite.*— Après une crise salivaire, la tuméfaction au lieu de disparaître, persiste sous forme d'une nodosité dure, saillante sur le plancher buccal et dans la région sus-hyoïdienne. La palpation est douloureuse et dénote que la tumeur est encore mobile sur les plans voisins et assez nettement limitée. La peau est rouge, enflammée. La pression fait sourdre à l'ostium ombilicale quelques gouttes de pus. La résolution peut cependant se faire. Elle sera seulement temporaire, sauf si le malade expulse son calcul par une ulcération créée sur le canal de Wharton à la faveur de l'inflammation. Le plus souvent, la glande reste dure et après une ou plusieurs autres coliques salivaires, l'infection se propage du canal vers les acini et la sous-maxillaire devient

le siège d'une inflammation diffuse et totale, avec signes généraux accusés et signes locaux de suppuration commandant une intervention immédiate.

Dans d'autres cas, l'évolution sera moins aiguë et pourra même passer à l'état chronique. La réaction conjonctive l'emportera et la glande dure, peu douloureuse, bourrée de calculs se percevra avec sa forme irrégulière dans le plancher de la bouche, peu douloureuse, mais gênante pour tous les mouvements de la langue. L'exploration au stylet du canal de Wharton donnera la clef du diagnostic, par le contact rude et particulier qu'il provoque en arrivant sur le calcul.

Au contraire, l'inflammation pourra se propager aux tissus périglandulaires et être d'évolution plus grave.

DIAGNOSTIC

En général facile, il est basé sur les signes fonctionnels et physiques, sur les antécédents dans lesquels on relève une ou plusieurs crises salivaires qui ne permettent guère d'erreurs, tant elles sont caractéristiques.

Dans le cas de sous-maxillite, le diagnostic pourra être plus mal aisé; il faudra éliminer l'adénite ou l'adénophlegmon. Leur marche est généralement différente de celle de la sous-maxillite calculeuse. Le début par une petite nodosité à l'angle mandibulaire, l'absence de signes de lithiase, le développement de l'inflammation vers la région sus-hyoïdienne plus que vers le plancher buccal et en une zone ne répondant pas exactement à la glande, permettront d'éviter l'erreur.

En cas de sous-maxillite calculeuse chronique, il faudra encore éliminer l'adénopathie ou le néoplasme. Dans le premier cas, la recherche de la porte d'entrée pourra servir à établir le diagnostic, l'histoire de la maladie lèvera en tous cas les dernières hésitations. La marche du néoplasme, généralement rapide et indolente, avec propagation ganglionnaire, n'offre pas beaucoup de difficultés.

Au surplus, l'exploration au stylet du canal de Wharton, permettra d'arriver sur les calculs. La radiographie deviendra dans les cas litigieux un aide à ne pas négliger.

TRAITEMENT

Le traitement est d'ordre purement chirurgical. Etant données les complications mécaniques et infectieuses auxquelles donne lieu la lithiase salivaire, il y a lieu de diriger contre l'affection une intervention appropriée.

S'il s'agit de *calculs de la glande sous-maxillaire,* dûment diagnostiqués, seule l'extirpation totale est de mise. Elle s'effectuera à l'anesthésie locale, à la syncaïne, à 1 ou 2 pour 100. Une incision dans la région sus-hyoïdienne parallèlement à la branche horizontale du maxillaire inférieur, même sur le peaucier qui est traversé et permet de découvrir l'enveloppe de la glande. Si l'affection est récente, il sera facile près avoir effondré cette enveloppe, d'énucléer la glande qui est entourée de tissu cellulaire extrêmement lâche. On liera le pédicule artériel et le canal de Wharton. On s'appliquera à faire une hémostase soignée.

L'opération est beaucoup plus difficile quand l'affection est ancienne, quand la glande est devenue dure, scléreuse. Elle adhère alors aux tissus voisins et l'énucléation est impossible. Il faut disséquer avec patience et éviter des sections trop fréquentes de l'artère faciale dont le sang inonde le champ opératoire. Parfois c'est par un véritable morcellement qu'on extrait la sous-maxillaire.

Quand on a affaire à des calculs du canal de Wharton,

on peut se borner à les extirper par la voie buccale. Une incision de la muqueuse du plancher de la bouche, permet de mener à bien cette petite intervention.

Elle constituera en général le premier temps d'une intervention plus radicale portant sur la glande elle-même. Dans tous les cas, il faudra éviter l'extirpation de calculs canaliculaires par la voie sus-hyoïdienne, à cause de la fistulisation consécutive possible.

Ces diverses interventions donnent des résultats constamment bons, surtout en ce qui concerne l'extirpation de la glande. Les suites en sont simples et la guérison est rapide et définitive. L'ablation simple des calculs canaliculaires est généralement insuffisante.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat)

Le 9 janvier 1922 entre dans le service de M. le professeur Tédenat, salle Bouisson, le nommé V. L..., âgé de 62 ans. Hospitalisé déjà à l'Hôpital Général, dans les salles de vieillards, il nous est présenté pour une tuméfaction sous-maxillaire gauche : celle-ci remontait à cinq jours environ. Le début fut assez brusque, mais non douloureux; le volume actuel de la tumeur fut rapidement atteint. En vingt-quatre heures affirme le malade. Une gêne marquée de la mastication et une légère difficulté de la parole ont attiré l'attention du malade sur la grosseur développée dans la région sous-maxillaire, peu douloureuse spontanément.

Le malade se rappelle avoir eu, il y a une trentaine d'années, une affection semblable; sans cause appréciable, gonflement sous-maxillaire rapide et gênant plus que douloureux. Le volume maximum de la tumeur, comparable à celui présenté actuellement, aurait été atteint en un ou deux jours. Pendant un mois, le malade n'a pas fait grande attention à cette grosseur peu douloureuse, mais la persistance de celle-ci l'invita à consulter un empirique qui fit localement une application d'un emplâtre de sa fabrication. A la suite de cette médication, il y eut suppuration abondante, élimination de débris sphacéli-

ques, que le malade compare à de la filasse, puis la guérison survint par cicatrisation lente et se maintint complète jusqu'aux accidents actuels.

L'histoire du malade nous oriente déjà suffisamment dans la voie du diagnostic, sans que nous ayions à passer en revue les diverses affections qui pourraient donner le change. Il s'agit évidemment d'une inflammation de la glande sous-maxillaire. Le toucher intra-buccal montre que le plancher de la bouche est infiltré par une inflammation diffuse au milieu de laquelle on ne sent pas nettement de calcul. On se décide à débrider largement l'orifice du canal de Wharton, au bistouri. Par la plaie ainsi créée, on introduit le doigt, qui sent deux calculs, faciles à extraire à la curette. Le premier, engagé dans une portion dilatée du canal de Wharton, a une extrémité effilée, l'autre, tronquée. Il est du volume d'un grain de maïs. Le deuxième, plus petit, est irrégulièrement polyédrique. Ces calculs sont de coloration grisâtre et sont de consistance assez dure. Il n'en existait pas d'autre, tant au niveau de la glande que de son canal excréteur. A la suite de cette intervention, la tuméfaction a considérablement diminué et le malade a ressenti un grand soulagement.

Cependant, le 15 mars 1922, le malade revient dans le service de chirurgie. Le soulagement n'a été que de courte durée. La tuméfaction est bientôt réapparue et la glande sous-maxillaire est de nouveau dure.

Sous anesthésie locale, on en pratique l'ablation. Les suites opératoires en ont été excellentes et l'état est depuis satisfaisant.

L'examen des pièces révèle une glande dure, sclérosée, sans capsule nette.

CONCLUSIONS

I. — La glande sous-maxillaire et le canal de Wharton sont le lieu d'élection des calculs salivaires.

II. — Les théories pathogéniques sont nombreuses. Les calculs se forment sous l'action de modifications chimiques de la salive, mais les corps étrangers constituent une cause favorisante de premier ordre après l'infection qui paraît dominer, le processus suivant les idées de Galippe.

III. — Les calculs déterminent des lésions inflammatoires et, secondairement, scléreuses de la glande sous-maxillaire. Celle-ci devient dure ou bien devient le siège d'une suppuration abondante. Ces lésions sont consécutives à une infection ascendante venue du milieu buccal.

Le canal de Wharton est dilaté en arrière du calcul et peut présenter des ulcérations qui seront la porte ouverte à la propagation de l'infection aux tissus voisins.

IV. — Le calcul se manifeste :

1° Par la colique salivaire ;

2° Par des accidents infectieux : sous-maxillite, whartonite et péri-whartonite.

V. — Le diagnostic devra être fait dans les cas de glande scléreuse avec un néoplasme ou une adénopathie.

La radiographie sera alors d'un grand secours, mais il ne faudra pas oublier que certains calculs sont perméables aux rayons.

VI. — Le traitement devra viser à la suppression de la glande. Il sera préférable d'opérer à distance d'une crise, sur une glande à froid.

BIBLIOGRAPHIE

Arcelin. — Radiographie d'un calcul salivaire de la glande sublinguale. Société nationale de médecine de Lyon, 5 février 1912, in *Lyon Médical.*

Cerné. — Calcul de la glande sous-maxillaire. *Normandie médicale,* t. XXVI, n° 23, déc. 1910, p. 495-508.

Conrad. — Volumineux calcul de la glande sous-maxillaire. *Journal de radiologie,* 15 mai 1910 et Soc. belge de radiologie, 24 avril 1910.

Coudret (Pierre). — De l'extirpation totale de la glande sous-maxillaire dans les cas de calculs salivaires. Bordeaux, 1901, Th. médecine 1900-1901, n° 79.

Davison. — Calculs salivaires avec relation d'un cas. *New-York médical journal,* 1909, t. LXXXIX, n° 8, 20 février.

Eschbach. — Calcul salivaire du canal de Wharton. Soc. anatomique de Paris, 21 juin 1912.

Giboulot (Marguerite). — Contribution à l'étude des lésions dans la lithiase sous-maxillaire. Th. Paris, 1918, 1917-1918, n° 154.

Grasirovsky. — Etude sur les calculs salivaires. *Chirour guitchesky archiv Veléaménova,* n° 5, 1911.

Guilloteau. — Des calculs salivaires du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire. Thèse Paris, 1903-1904, n° 445.

Guibé et Maingot. — Un cas de calcul salivaire; étude radiologique. *Presse médic.*, 1910, n° 39, 14 mai.

Guibé. — Calcul salivaire. Soc. anat. de Paris, 4 mars 1910.

Harrison Griffin. — Calcul salivaire du canal de Wharton. *Medical Record*, n° 25, 16 déc. 1911.

Heinemann. — Diagnostic erronné de cancer dans un cas de volumineux calcul salivaire. *Munch. Medezin. Woch.*, Munich, t. LX, n° 35, 2 sept. 1913.

Holländer. — Calcul de la glande sous-maxillaire. Société Hufeland, Berlin, 15 mai 1911.

Indermans. — Lithiase salivaire. *Nederlandisch Tijdsch. voor Geneeskinde*, 1911, n° 17, 21 oct.

Joussaume. — Etude sur les calculs salivaires du canal Wharton et de la glande sous-maxillaire. Thèse Bordeaux, 1901-1902, n° 74.

Judet. — Calcul de la glande sous-maxillaire; extraction après radiographie. Soc. des chirurgiens de Paris, 18 nov. 1910.

Leriche et Eparvier. — Lithiase salivaire; signe de Garel; hernie intermittente de la sous-maxillaire. Soc. des sciences médicales de Lyon. *Lyon médical*, 1912.

Maingot. — Radiographie des calculs salivaires. *Bull. et mém. de la Société de radiologie médicale de Paris*, 16 juin 1910, p. 188 et 192.

Potel et Verhœge. — Sur les infections non spécifiques de la glande sous-maxillaire. *Arch. générales de chirurgie*, t. VI, n° 11, 25 nov. 1912.

Ratera. — Un cas de calcul de la glande sous-maxillaire diagnostiqué par la radiographie. Soc. médico-chir. espagnole, 25 mai 1911.

Schœfer (Charles). — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique, de l'évolution et du traitement de la lithiase de la glande sous-maxillaire. Thèse Paris, 1904-1905, n° 59.

Senator. — Contribution à la pathologie des calculs salivaires. Soc. Hufeland de Berlin, 11 nov. 1909, et Soc. de laryngologie de Berlin, février 1900.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude de la Lithiase de la Glande Sous-Maxillaire et du Canal de Wharthon (une observation)

Par M. Jacques-Gilbert Métadier.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 5 juillet 1922.

Le Professeur,

TÉDENAT.

Vu :

Montpellier, le 6 juillet 1922.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 6 juillet 1922.

Le Recteur,

Jules COULET.